



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2013/2014

Ana Isabel Santos Morais

Papel dos Cuidados de Saúde Primários no Diagnóstico Precoce e na Prevenção Secundária

março, 2014

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Ana Isabel Santos Morais

Papel dos Cuidados de Saúde Primários no Diagnóstico
Precoce e na Prevenção Secundária

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Medicina Preventiva

Trabalho efetuado sob a Orientação de:

Maria Luciana Couto

Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:

Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

março, 2014

FMUP

Eu, Ana Isabel Santos Moais, abaixo assinado, nº mecanográfico 080801014, estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/3/2014

Assinatura conforme cartão de identificação:

Ana Isabel Santos Moais

NOME

Ana Isabel Santos Morais

CARTÃO DE CIDADÃO OU PASSAPORTE (se estrangeiro)

13770771

E-MAIL

ami.morais21@gmail.com

TELEFONE OU TELEMÓVEL

918814452

NÚMERO DE ESTUDANTE

080801014

DATA DE CONCLUSÃO

2013/2014

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Medicina Preventiva

TÍTULO ~~DISSERTAÇÃO~~/MONOGRAFIA (riscar o que não interessa)

Papel dos Cuidados de Saúde Primários no Diagnóstico Precoce e na Prevenção Secundária

ORIENTADOR

Dna Maria Luciana Couto

COORDINADOR (se aplicável)

É autorizada a reprodução integral desta ~~Dissertação~~/Monografia (riscar o que não interessa) para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projectos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/3/2014

Assinatura conforme cartão de identificação:

Ana Isabel Santos Morais

Papel dos Cuidados de Saúde Primários no Diagnóstico Precoce e na Prevenção Secundária

Ana Isabel Santos Moraes ¹

Maria Luciana Couto ²

1. Estudante da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
2. Regente das Unidades Curriculares de Medicina Preventiva I e II na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Assistente Graduada Sénior da Carreira Médica de Medicina Geral e Familiar na USF Camélias ACES Gaia-Porto Ocidental VII

Ana Isabel Santos Morais

ani.morais21@gmail.com

Av. Dr. Moreira de Sousa Nº3385

4415-386- Pedroso, Vila Nova de Gaia

Portugal

Papel dos Cuidados de Saúde Primários no Diagnóstico

Precoce e na Prevenção Secundária

RESUMO

Objetivos: O Carcinoma do Cólon e Reto (CCR) é o tumor mais frequente em Portugal e o segundo com maior mortalidade, sendo potencialmente curável se detetado precocemente, pela remoção do pólipó adenomatoso que lhe dá origem. O rastreio é importante e necessário para ajudar a diminuir a mortalidade por este tipo de tumor. As taxas de rastreio mantêm-se baixas, identificar as barreiras a este mesmo rastreio é o objetivo deste trabalho.

Fontes de Dados: *Pubmed* com a seguinte query: “((barriers) AND colorectal cancer screening) AND physician”.

Métodos de Revisão: Procuraram-se estudos que examinassem os obstáculos ao rastreio do CCR e formas de os ultrapassar. Os critérios de inclusão adotados foram: artigos publicados nos últimos 15 anos, escritos em inglês ou português. Foram excluídos todos os artigos sem acesso a texto integral e artigos que não focassem barreiras ao rastreio do CCR. A partir das referências dos artigos selecionados, foram utilizados também outros artigos ou websites.

Resultados: Este trabalho de revisão foca-se nas barreiras ao rastreio do CCR, nomeadamente as relacionadas com o paciente, com os métodos de rastreio do CCR, com o médico e com o sistema de saúde. São analisadas propostas para se contribuir para um rastreio mais eficaz.

Conclusões: Para diminuir a morbimortalidade por CCR, é necessário fazer educação para a saúde, alertar a população para a importância do rastreio e incentivá-la a fazê-lo. Um dos aspetos mais importantes a ter em conta, é o diálogo entre o médico e o paciente para que a decisão acerca das opções de rastreio seja partilhada, considerando os benefícios e as limitações e a necessidade de um seguimento continuado.

Palavras-chave: carcinoma do cólon e reto, rastreio, médico de família.

Tipologia do Artigo: Revisão Sistemática.

Role of Primary Health Care in Early Diagnosis

And Secondary Prevention

ABSTRACT

Objectives: Colon and rectum cancer is the most frequent tumor in Portugal and the second with the highest mortality. In fact, this tumor is highly curable if it is detected early, by the removal of the adenomatous polyp that is its origin. The screening is important and necessary to lower the mortality rate related to this tumor. However, screening rates are low and the goal of this monograph is to find out barriers and obstacles that difficult the screening.

Source of data: *Pubmed* with the following query:“((barriers) AND colorectal cancer screening) AND physician”.

Revision Methods: The chosen articles examine the colon and rectum cancer screening obstacles and ways of overcoming these barriers. This selection is based on the analysis of the abstracts of articles. Articles published in the last 15 years, written in both English or Portuguese were criteria adopted. Articles with no access to the full text and articles that didn't focused on colon and rectum screening barriers were excluded. Through the references of the chosen articles, other articles or websites were used.

Results: This review study focus on colorectal cancer screening barriers related to the patient, the physician, the health care system and screening methods.

Conclusions: In order to lower the colorectal cancer morbimortality, it is necessary to educate people about health, alert to the importance of screening and encourage people to be screened. A very important point is the dialogue between the physician and the patient about screening options, the benefits and the limitations of the screening and the need of an adequate follow-up.

Keywords: Colon and rectum cancer, screening, physician.

Typology of the Article: Systematic Review.

INTRODUÇÃO

O Carcinoma do Cólon e Reto (CCR) é a segunda causa de morte nos Estados Unidos da América (EUA), sendo apenas ultrapassada pela neoplasia pulmonar. ^{(1) - (3)} Em Portugal, o CCR é o tumor mais frequente e o segundo com maior mortalidade. ^{(4), (5)}

O risco cumulativo durante a vida de vir a desenvolver CCR é de cerca de 6%. Apesar das taxas de incidência e de mortalidade por CCR serem maiores nos homens que nas mulheres, o CCR é a principal causa de morbilidade e mortalidade por neoplasia nos dois géneros. ⁽⁶⁾

O risco de CCR aumenta com a idade, sendo nos Americanos, 92% dos casos diagnosticados em indivíduos com idade superior ou igual a 55 anos. ⁽⁷⁾

Apresentam um risco mais acentuado os indivíduos com história pessoal ou familiar de pólipos adenomatosos, CCR, doença inflamatória intestinal, história hereditária de CCR, como Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) ou Síndrome de Lynch. ^{(1), (8)} No entanto, a maior parte dos casos de CCR acontece em indivíduos sem particular predisposição para CCR. ⁽⁹⁾

As pessoas que morrem de CCR perdem em média 13.4 anos de vida. ⁽⁶⁾

O rastreio, na população em geral, deve ser iniciado aos 50 anos de idade. ^{(10) - (13)} O Programa Nacional para as Doenças Neoplásicas recomenda para os utentes entre os 50 e os 74 anos uma Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes (PSOF) de dois em dois anos. ⁽¹⁴⁾ Outros estudos sugerem uma PSOF anualmente, uma sigmoidoscopia flexível com intervalos de 5 anos e a colonoscopia de 10-10 anos. ⁽¹⁵⁾

O CCR é potencialmente curável se detetado precocemente, pela remoção do pólipo adenomatoso que lhe dá origem. ^{(1), (14)} Assim, um rastreio alargado poderia salvar aproximadamente 20 000 pessoas por ano. ⁽¹⁶⁾

A colonoscopia, o enema baritado, a sigmoidoscopia flexível e PSOF têm uma relação custo-benefício compensatória, mas a colonoscopia permanece como o rastreio “gold-standard” devido à sua maior sensibilidade, podendo ter também um objetivo terapêutico, porque se durante a realização do exame for detetado um pólipo, este pode ser retirado. ^{(9), (17) - (19)} Pode, assim, ser possível reduzir a mortalidade em cerca de 76 a 90%. ⁽⁸⁾

Apesar de todas as evidências de que o rastreio do CCR é uma medida benéfica,^{(9), (13), (20)} as taxas de realização continuam baixas,^{(3), (11), (21)} sendo necessário implementar novas estratégias para aumentar a adesão a este método de rastreio.⁽¹⁾ Numa amostra populacional nos Estados Unidos da América, apenas 57.3% da população com mais de 50 anos de idade realizava PSOF no último ano e/ou colonoscopia nos últimos 10 anos.⁽²²⁾ Outro estudo afirma que 63% dos americanos com mais de 50 anos de idade foram submetidos a procedimentos endoscópicos para rastrear o CCR.⁽²³⁾ Em Portugal, apesar das taxas de rastreio ainda serem baixas, o rastreio foi aumentando ao longo dos anos, no ano de 2010, só 7.4% da população alvo fez rastreio, em 2011 conseguiu-se uma taxa de 17.1%, já em 2012, 22.9%, e em 2013, 27.9%.⁽¹⁴⁾

Esta monografia pretende estudar as barreiras que podem ajudar a explicar por que é que as taxas de rastreio do CCR ainda permanecem baixas.

MÉTODOS

Foi efetuada uma pesquisa bibliográfica até Outubro de 2013, utilizando a base de dados *Pubmed* com a seguinte query: “((barriers) AND colorectal cancer screening) AND physician”.

Procuraram-se estudos que examinassem os obstáculos ao rastreio do CCR recomendado pelo médico de família e formas de ultrapassar esses mesmos obstáculos.

Essa seleção foi realizada com base na análise do abstract. Os critérios de inclusão adotados foram: artigos publicados nos últimos 15 anos, escritos em inglês ou português. Foram excluídos todos os artigos sem acesso a texto integral e artigos que não focassem barreiras ao rastreio do CCR.

Através das referências dos artigos selecionados, também outros artigos ou websites foram utilizados.

RESULTADOS

1. BARREIRAS AO RASTREIO DO CARCINOMA DO CÓLON E RETO RELACIONADAS COM O PACIENTE

a) Medo e ansiedade em relação ao rastreio

Muitos dos pacientes referem o desconforto e a vergonha de se submeterem a uma colonoscopia como as principais barreiras ao rastreio. ^{(8), (24) - (27)}

b) Falta de recomendação por parte do médico ou desconhecimento por parte do paciente

Estudos referem que os pacientes não estão familiarizados com este rastreio, ⁽⁸⁾ uma vez que dizem que os seus médicos nunca falaram com eles sobre o assunto e nunca lhes sugeriram o rastreio. ^{(24), (27), (28)} "Doctor comes after God. After God, it's doctor." [sic], sendo referido frequentemente este género de pensamento por parte dos pacientes. ⁽²⁷⁾

Constata-se que há muitas falsas concepções sobre o CCR e até desconhecimento, fatos esses que fazem com que haja baixa adesão às recomendações do rastreio. ^{(29) - (33)} Por vezes, a população não tem consciência dos benefícios dos rastreios bem como das limitações dos mesmos, ^{(1), (33)} uma vez que cada teste tem uma respetiva sensibilidade e uma correspondente especificidade.

Por outro lado, o desconhecimento e a baixa escolaridade podem levar a dificuldades em perceber e completar o rastreio através de PSOF. ⁽³³⁾

c) Ausência de sintomas

Muitas vezes os pacientes não compreendem o significado de um rastreio e admitem que o fato de não terem sintomas é uma razão para não serem rastreados. ^{(24), (27)}

d) Perspetivas fatalísticas em relação a uma possível neoplasia

Um dos maiores receios usualmente referido pelos pacientes é lidar com o possível resultado de terem uma neoplasia, têm medo do cancro por acharem que leva à morte inexoravelmente.^{(8), (24), (27)}

2. BARREIRAS AO RASTREIO DO CARCINOMA DO CÓLON E RETO RELACIONADAS COM OS MÉTODOS DE RASTREIO

A preparação intestinal para uma colonoscopia causa, por vezes, desconforto e requer tempo e disponibilidade por parte do paciente.⁽²⁵⁾

Alguns médicos mencionam que os pacientes do sexo masculino se sentem desconfortáveis aquando do toque retal, especialmente se este for realizado por médicas, preferindo serem examinados e falar deste assunto com médicos do mesmo sexo.^{(25), (27)}

O próprio método de rastreio em si pode ter riscos, como é o caso da colonoscopia, em que podem existir perfurações ou hemorragias, embora com os colonoscópios mais recentes tenham diminuído consideravelmente.⁽²⁵⁾

A colonoscopia pode, por vezes, exigir anestesia geral em certos casos de pacientes mais sensíveis, o que pode constituir um obstáculo ao ser efetuado fora do ambiente hospitalar, com custos adicionais para o paciente. Quando não realizada com anestesia, pode originar desconforto significativo.⁽²⁵⁾

Na sigmoidoscopia flexível não é possível visualizar todo o cólon e, por isso, é considerada um método inferior relativamente à colonoscopia, uma vez que esta assegura a total visualização do cólon tendo, portanto, uma melhor relação custo-eficácia.⁽¹⁸⁾

Relativamente à PSOF, tem uma baixa especificidade, podendo o resultado positivo denunciar outras patologias como fissuras anais ou hemorroides,⁽¹⁴⁾ ou mesmo tomas medicamentosas como ferro oral.

3. BARREIRAS AO RASTREIO DO CARCINOMA DO CÓLON E RETO IDENTIFICADAS PELO MÉDICO

Relativamente às barreiras identificadas pelos médicos em relação aos pacientes, identificam-se a ansiedade, a vergonha e o medo da dor aquando do procedimento em si como os principais obstáculos ao rastreio.^{(24), (25)} Para além disso, os médicos referem que o medo de ter uma neoplasia por parte dos doentes é grande e, eventualmente, isso mesmo os inibe de serem sujeitos a um rastreio.^{(8), (24), (25)}

Alguns médicos realçam o desconhecimento da patologia do carcinoma do cólon e reto e das suas opções de rastreio, bem como a gravidade da doença, fatores contribuem para que os doentes não façam este rastreio.^{(24), (25), (28)}

São contraindicações relativas ao rastreio, a idade avançada (superior a 80 anos), situações em que a preparação intestinal não é aconselhada, como na insuficiência cardíaca descompensada ou nos desequilíbrios eletrolíticos.⁽¹⁸⁾

a) Os pacientes não procuram cuidados preventivos/ Rastreio visto como não prioritário

A maior parte dos pacientes preocupa-se mais em ver curada a sua situação aguda ou doença agudizada do que pensar a longo prazo, fazendo rastreios.^{(18), (25)} Outros recusam, mesmo, o rastreio à partida.⁽¹⁸⁾

b) Comorbilidades

Por vezes, os pacientes sofrem de outras doenças que necessitam de cuidados mais urgentes, ficando os rastreios para segundo ou terceiro plano.^{(18), (25), (34)}

c) Falta de tempo

Esta questão é evocada pelos utentes, argumentando que têm pessoas a seu cargo e não as podem abandonar por algum tempo, ou então que não podem faltar ao trabalho. A preparação para a colonoscopia também depende tempo e é, muitas vezes, incómoda, condicionando as pessoas a permanecerem em casa.^{(8), (18), (26), (34)}

4. BARREIRAS AO RASTREIO DO CARCINOMA DO CÓLON E RETO RELACIONADAS COM O MÉDICO

Por vezes, os profissionais de saúde não se vêem a si mesmos como criadores de obstáculos ao rastreio.⁽²⁴⁾

a) Falta de confiança

Os utentes não rastreados referem que a falta de confiança no médico é um obstáculo para a realização do rastreio,⁽⁸⁾ porém este fato não é reconhecido pela maior parte dos médicos.⁽²⁷⁾

Os pacientes sentem-se mais seguros quando o médico possui boa capacidade de comunicação, quando é capaz de estabelecer empatia e consegue fazer um seguimento adequado; ocasionalmente a ausência destes aspetos torna-se num obstáculo para o paciente.⁽²⁷⁾

Os médicos, por vezes, sobrestimam o desconforto do rastreio e costumam subestimar o quão importante é para os pacientes analisar as várias opções de rastreio e ajudá-los a escolher a melhor opção para eles, envolvendo-os na decisão de fazer rastreios.⁽²⁴⁾ Em muitas ocasiões não há esse necessário diálogo,⁽³⁵⁾ ou então, não é efetuado da melhor forma, em muitos dos casos.^{(29), (32), (36)}

O fator que mais influencia um utente a realizar um rastreio é o aconselhamento do seu médico.^{(28) - (31), (37) - (40)}

b) Outras razões

Quando questionados acerca das razões para não realizarem sigmoidoscopia flexível a pacientes, justificam-no pelo desconforto causado aos mesmos, pela falta de tempo e pela baixa probabilidade de encontrarem uma lesão significativa. O baixo nível de treino e a pouca experiência também costumam ser justificações.⁽⁴¹⁾

Razões apontadas para os médicos não seguirem as orientações técnicas em vigor devem-se, muitas vezes, a barreiras relacionadas com o paciente, com o sistema ou pela incapacidade do mesmo.⁽⁴²⁾

5. BARREIRAS AO RASTREIO DO CARCINOMA DO CÓLON E RETO RELACIONADAS COM O SISTEMA DE SAÚDE

a) Inadequada cobertura dos rastreios por parte das seguradoras

Uma das principais queixas, nos EUA, por parte dos pacientes e dos médicos relaciona-se com a falta de cobertura dos rastreios por parte dos seguros de saúde e pelos próprios problemas financeiros que afetam a população em geral. ^{(24), (25), (28), (43)} As companhias de seguros de saúde deveriam saber que o rastreio do CCR tem uma relação custo-eficácia muito compensatória, tanto ou mais que a mamografia de rastreio. ^{(17), (44), (45)} Nos EUA, os indivíduos que têm cobertura de rastreios por parte das seguradoras têm maiores taxas de rastreio. ⁽⁴⁶⁾

Em Portugal, no Serviço Nacional de Saúde, a realização dos rastreios faz parte das atividades dos Cuidados de Saúde Primários.

b) Escassez de tempo

Os estudos demonstram que é essencial ter tempo, em média 7.4 horas por dia, para discutir as várias opções de rastreio com os pacientes e ajudá-los a tomar decisões conscientes sobre o rastreio do CCR, o que nem sempre é possível. ⁽⁴⁷⁾ Um dos grandes obstáculos é o tempo limitado com cada paciente e o fato de o volume de consultas ser muito grande, fenómenos que não ajudam a abordar o tema dos rastreios adequadamente. ⁽²⁵⁾

c) Recurso a serviços informáticos

Pode ajudar a facilitar o reconhecimento dos pacientes que deveriam ser sujeitos a um rastreio, o recurso a programas informáticos que selecionariam os possíveis candidatos e as idades chave para serem efetuados. ^{(25), (32), (39), (48), (49)} Poder-se-ia, assim, informar o paciente sobre a conveniência do rastreio e relembrar o médico, aquando da consulta, alertando-o para esta atividade preventiva. ⁽¹⁾

O recurso a estas ferramentas informáticas ainda não se faz habitualmente, ^{(18), (24)} e pode mesmo ser um obstáculo ao rastreio ainda não muito reconhecido. ^{(39), (48)}

A informatização progressiva dos serviços de saúde no nosso país pode ajudar a colmatar essas deficiências.

d) Dificuldade em obter uma consulta de rastreio

Foram identificadas, em vários trabalhos, dificuldades por parte dos pacientes em acederem ao rastreio ou obter uma consulta com essa finalidade.^{(8), (50)}

A coordenação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados secundários, conjuntamente com uma adequada informatização dos serviços, pode aumentar as taxas de rastreio.⁽⁴⁶⁾

e) Seguimento descontinuado

A continuidade de cuidados de saúde pelo médico de família, conhecendo a situação do doente, pode ajudar a melhorar as taxas de rastreio, pois um seguimento descontinuado leva a menores taxas de rastreio. É importante que exista um espaço onde o utente se desloque regularmente, onde seja seguido pelo mesmo médico de família que esteja a par da sua situação, para ajudar a melhorar as taxas de rastreio.^{(46), (51)}

Mas, também há dificuldade em dar resposta por parte dos gastroenterologistas aos exames de rastreio que são requisitados.⁽⁵¹⁾

6. PROPOSTAS PARA UM RASTREIO MAIS EFICAZ

É importante que todos os resultados positivos nas PSOF sejam encaminhados para fazer uma colonoscopia e conseguir que o paciente efetue o exame.^{(52) - (54)}

Os profissionais de enfermagem podem colaborar, falando também com os doentes sobre a importância do rastreio do CCR.⁽²⁵⁾ A utilização de vídeos, cartazes, brochuras que as pessoas levam para casa⁽²⁵⁾ ou, em alternativa, a utilização do correio eletrónico, embora seja menos abrangente,⁽²⁵⁾ poderão esclarecer as pessoas acerca do CCR.

Os Cuidados de Saúde Primários têm um papel bem definido na promoção de rastreios,⁽⁴⁶⁾ por isso é importante continuar a investir nesta área para incentivar a prevenção. As Unidades de Saúde Familiar, com os seus programas de intervenção, podem ser uma grande ajuda para aumentar os rastreios à população de que cuidam.

A atitude de recomendar o rastreio aos utentes encontra-se facilitada quando estes mesmos o requisitam, quando o médico utiliza sistemas eletrónicos que o relembram que o paciente tem mais de 50 anos e, por isso, tem recomendação para o rastreio.⁽¹⁸⁾

Para ultrapassar barreiras como o medo do rastreio ou a vergonha, é necessário criar com o paciente uma relação de confiança, uma boa interação, alertando para os riscos de ter um CCR, explicando qual o objetivo do rastreio e o benefício para essa mesma pessoa.⁽²⁵⁾ Uma melhor comunicação e explicação por parte do médico ajudam a apagar os possíveis medos ao rastreio por parte do paciente.⁽⁸⁾

Perante as exigências aos profissionais de saúde, na consulta de Medicina Geral e Familiar não deve ser esquecida a prevenção nem a educação para a saúde e deve-se realçar a necessidade dos rastreios.^{(46), (55)}

CONCLUSÃO

A colonoscopia, segundo as diferentes orientações clínicas, é o método de rastreio de eleição para diminuir a mortalidade por CCR. A maior parte dos médicos é menos entusiasta acerca da PSOF, da sigmoidoscopia flexível e do enema baritado.⁽²⁴⁾ No entanto, a capacidade de resposta para efetuar colonoscopias de rastreio é limitada, sendo necessário utilizar testes de rastreio alternativos para alcançar melhores taxas de rastreio.⁽⁵⁶⁾

É consensual que o rastreio através de colonoscopia, para pessoas com risco semelhante à população em geral, deve ser iniciado aos 50 anos de idade e, defende-se que, não se deve alargá-lo para além dos 80 anos de idade,⁽²⁴⁾ pois não há uma relação risco-benefício relevante. Pessoas com esperança média de vida baixa não beneficiam de um rastreio a longo prazo.⁽⁵⁷⁾

Porém, há trabalhos que defendem que o rastreio com PSOF fora do intervalo entre os 50 e 80 anos de idade é aconselhado e não apresenta qualquer tipo de risco.⁽²⁴⁾

É unânime que se estabeleça uma idade limite para o rastreio, dado que o benefício dos utentes muito idosos de um eventual rastreio não é compensatório.⁽²⁴⁾

Os médicos consideram as barreiras relacionadas com os pacientes muito mais frequentes que as barreiras relacionadas com o sistema.⁽²⁴⁾

As preferências do indivíduo devem ser tomadas em linha de conta, conseguindo sempre que possível uma decisão partilhada.⁽⁵⁸⁾

Para ajudar a aumentar o número de rastreios, pode ser necessário recorrer a ferramentas informáticas que identifiquem os pacientes aptos (com mais de 50 anos) para rastreio. Para além disso, é importante investir na educação da população, alertando para a problemática do CCR e para o fato de ser evitável se detetado numa fase precoce, demonstrando-se o benefício do rastreio como prevenção secundária.⁽²⁴⁾ O rastreio do CCR reduz tanto a incidência de CCR como a mortalidade.^{(59) - (61)}

Educar a população com campanhas de sensibilização pública ^{(1), (62)} e escolher figuras públicas para apelar a comportamentos de vida mais saudáveis, inclusive os rastreios pode ser benéfico. Nos EUA, uma locutora de televisão (Katie Couric) foi sujeita a uma colonoscopia, e todo o processo de preparação foi transmitido pela televisão nacional, acontecimento este que foi o de maior impacto desde que o Presidente Ronald Reagan foi submetido a uma polipectomia por colonoscopia, em 1985. ⁽¹⁾ Fazer com que mais profissionais de saúde sejam sensibilizados para efetuar o rastreio e implementar o programa de prevenção e controlo de doenças neoplásicas também são medidas fundamentais. ⁽¹⁾ Constatase que pessoas com mais escolaridade têm maior probabilidade de irem ao médico e efetuarem rastreios. ⁽⁴⁶⁾

Ainda assim, há que ter em mente que as pessoas que não receberão o rastreio serão as que pertencem a minorias étnicas, pacientes sem seguros de saúde ⁽⁶³⁾ ou com baixo estatuto socioeconómico. ⁽⁶⁴⁾

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Bernard Levin, Robert A. Smith, Gabriel E. Feldman, Graham A. Colditz.** *Promoting Early Detection Tests for Colorectal Carcinoma and Adenomatous Polyps. A Framework for Action: The Strategic Plan of the National Colorectals.* American Cancer Society, 2002.
2. **Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Thun MJ.** *Cancer statistics.* CA Cancer J Clin, 2007; 57:43–66.
3. **Chanita Hughes Halbert, Frances K. Barg, Carmen E. Guerra, Judy A. Shea, Katrina Armstrong, et al.** *Cultural, Economic, and Psychological Predictors of Colonoscopy in a National Sample.* J Gen Intern Med , 2011; 26(11):1311–6.
4. **Anabela Pinto.** *Rastreio do carcinoma do cólon e reto: Eficácia e adesão.* Jornal Português de Gastreenterologia, 2012; 19(3):113---114.
5. **Direção Geral da Saúde.** *Direção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde.* www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol1311.html. Direção Geral da Saúde, 2006.
6. **Ries L, Eisner M, Kosary C, et al.** *SEER Cancer Statistics.* National Cancer Institute, 2001.
7. **Ries LA, Wingo PA, Miller DS, et al.** *The annual report to the nation on the status of cancer, 1973–1997, with a special section on colorectal cancer.* Cancer., 2000; 88:2398–2424.
8. **Jamilia R. Sly, Tiffany Edwards, Rachel C. Shelton, and Lina Jandorf.** *Identifying Barriers to Colonoscopy Screening for Nonadherent African American Participants in a Patient Navigation Intervention.* National Institute of Health, 2013; 40(4): 449–457.
9. **Winawer S, Fletcher R, Rex D, et al.** *Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale—update based on new evidence.* Gastroenterology, 2003; 544–60.
10. **Rex DK, Johnson DA, Anderson JC, et al.** *American College of Gastroenterology guidelines for colorectal cancer screening 2009.* Am J Gastroenterol., 2009; 104:739–750.
11. **Whitlock EP, Lin JS, Liles E, Beil TL, Fu R.** *Screening for colorectal cancer: a targeted, updated systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force.* Ann Intern Med, 2008; 149:638–658.
12. **Smith RA, von Eschenbach AC, Wender R, D, et al.** *American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer: update of early detection guidelines for prostate, colorectal, and endometrial cancers.* CA Cancer J Clin., 2001; 51:38–75 quiz, 77–80.

13. **Pignone M, Rich M, Teutsch SM, Berg AO, Lohr KN.** *Screening for colorectal cancer in adults at average risk: a summary of the evidence for the U.S. Preventive services task force.* Ann Intern Med., 2002; 137:132–141.
14. **Diário da República, 2.ª série — N.º 49 — 11 de março de 2014.** *Despacho n.º 3756/2014;* 207661242.
15. **Qaseem A, Denberg TD, Hopkins RH, Humphrey LL, Levine J, Sweet DE, et al.** *Screening for Colorectal Cancer: A Guidance Statement from the American College of Physicians.* Ann Intern Med, 2012; 156:378–86.
16. **Bethesda, MD. National Cancer Institute.** *Conquering colorectal cancer: a blueprint for the future--The report of the Colorectal Cancer.* National Cancer, 2000.
17. **Pignone M, Saha S, Hoerger T, Mandelblatt J.** *Cost-effectiveness analyses of colorectal cancer screening: a systematic review for the U.S. Preventive services task force.* Ann Intern Med, 2002; 137:96–104.
18. **Carmen E. Guerra, J. Sanford Schwartz, Katrina Armstrong, Jamin S. Brown, et al.** *Barriers of and Facilitators to Physician Recommendation of Colorectal Cancer Screening.* Society of General Internal Medicine, 2007; 22(12):1681–8.
19. **Klabunde CN, Lanier D, Nadel MR, et al.** *Colorectal cancer screening by primary care physicians: recommendations and practices, 2006–2007.* Am J Prev Med, 2009; 37:8–16.
20. **Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ.** *American Cancer Society Guidelines for the early detection of cancer, 2004.* CA Cancer J Clin, 2004; 54:41–52.
21. **American Cancer Society.** *Cancer Facts and Figures 2007.* American Cancer Society, 2007.
22. **Center for Disease Control (CDC).** *Increased use of colorectal cancer tests—United States, 2002 and 2004,* MMWR Morb Mortal Wkly Rep., 2006; 55(11):308–11.
23. **Vital signs: colorectal cancer screening among adults aged 50–75 years - United States, 2008.** MMWR Morb Mortal Wkly Rep., 2010; 59:808–812.
24. **Richard M. Hoffman, et al.** *Barriers to Colorectal Cancer Screening: Physician and General Population Perspectives.* New Mexico : Preventing Chronic Disease Public Health Research, Practice and Policy, 2011, VOLUME 8: NO. 2, A35.
25. **Kimberly M. Kelly, Clarendia M. Phillips, Crystal Jenkins, Gretchen Norling, Carol White, et al.** *Physician and Staff Perceptions of Barriers to Colorectal Cancer Screening in Appalachian Kentucky.* Cancer, culture and literacy, 2007, VOLUME 14: NO. 2.

26. **Schroy PC III, Geller AC, Crosier Wood M, et al.** *Utilization of colorectal cancer screening tests: a 1997 survey of Massachusetts internists.* *Prev Med*, 2001; 33:381-391.
27. **Karen E Lasser, John Z Ayanian, Robert H Fletcher, Mary-Jo DelVecchio Good.** *Barriers to colorectal cancer screening in community health centers: A qualitative study.* *BMC Family Practice*, 2008; 9:15.
28. **Kelly K, Dickinson S, Tatum C, et al.** *Colorectal cancer screening in three racial groups.* *Am J Health Behav.*, 2007.
29. **Brenes GA, Paskett ED.** *Predictors of stage of adoption for colorectal cancer screening.* *Prev Med*, 2000; 31:410–416.
30. **Weitzman ER, Zapka J, Estabrook B, Goins KV.** *Risk and reluctance: understanding impediments to colorectal cancer screening.* *Prev Med.*, 2001; 32:502–513.
31. **Rawl SM, Menon U, Champion VL, Foster JL, Skinner CS.** *Colorectal cancer screening beliefs. Focus groups with firstdegree relatives.* *Cancer Pract*, 2000; 8:32–37.
32. **Beeker C, Kraft JM, Southwell BG, Jorgensen CM.** *Colorectal cancer screening in older men and women: qualitative research findings and implications for intervention.* *J Community Health*, 2000; 25:263–278.
33. **Connie L. Arnold, Alfred Rademaker, Stacy Cooper Bailey, Julia M. Esparza.** *Literacy Barriers to Colorectal Cancer Screening in Community Clinics.* *J Health Commun*, 2012; 17(0 3): 252–264. doi:10.1080/10810730.2012.713441.
34. **O'Malley AS, Beaton E, Yabroff KR, et al.** *Patient and provider barriers to colorectal cancer screening in the primary care safety-net.* *Prev Med*, 2004; 39:56-63.
35. **Dunn AS, Shridharani KV, Lou W, Bernstein J, Horowitz CR.** *Physician-patient discussions of controversial cancer screening tests.* *Am J Prev Med*, 2001; 20(2):130-4.
36. **Ling BS, Trauth JM, Fine MJ, Mor MK, Resnick A, Braddock CH, et al.** *Informed decision-making and colorectal cancer screening: is it occurring in primary care?* *Med Care*, 2008; 46(9 Suppl 1):S23-9.
37. **Mandelson MT, Curry SJ, Anderson LA, et al.** *Colorectal cancer screening participation by older women.* *Am J Prev*, 2000; 19:149–154.
38. **Ellerbeck EF, Engelman KK, Gladden J, et al.** *Direct observation of counseling on colorectal cancer in rural primary care practices.* *J Gen Intern Med*, 2001; 16:697-700.
39. **Zapka JG, Puleo E, Vickers-Lahti M, Luckmann R.** *Healthcare system factors and colorectal cancer screening.* *Am J Prev Med*, 2002; 23(1):28-35.

40. **Guerra CE, Dominguez F, Shea JA.** *Literacy and knowledge, attitudes, and behavior about colorectal cancer screening.* J Health Commun., 2005; 10(7):651–63.
41. **Corporation, Batelle.** *Evaluation of physicians' knowledge, attitudes, and practices related to screening for colorectal cancer.* Atlanta. American Cancer Society, 1999.
42. **Fletcher RH, Farraye FA.** *Screening flexible sigmoidoscopy: effectiveness is not enough.* Gastroenterology, 1999; 117:486–488.
43. **Lewis JD, Asch DA.** *Barriers to office-based screening sigmoidoscopy: does reimbursement cover costs?* Ann Intern Med., 1999; 130:525–530.
44. **Lieberman DA, Weiss DG, Bond JH, Ahnen DJ, Garewal H, Chejfec G.** *Use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer. Veterans Affairs Cooperative Study Group 380.* N Engl J Med, 2000; 343:162-168.
45. **Sonnenberg A, Delco F, Inadomi JM.** *Cost-effectiveness of colonoscopy in screening for colorectal cancer.* Ann Intern Med, 2000; 133:573–584.
46. **Chyke A, Doubeni, Adeyinka O, Laiyemo, Angela C. Young, Carrie N. Klabunde, George Reed, et al.** *Primary Care, Economic Barriers to Health Care, and Use of Colorectal Cancer Screening Tests Among Medicare Enrollees Over Time.* Annals Of Family Medicine, 2010, VOL. 8, NO. 4.
47. **Yarnall KS, Pollak KI, Ostbye T, Krause KM, Michener JL.** *Primary care: is there enough time for prevention?* Am J Public Health, 2003; 93(4):635-41.
48. **Sarfaty M, Wender R.** *How to increase colorectal cancer screening rates in practice.* CA Cancer J Clin, 2007; 57(6):354-66.
49. **Hulscher ME, Wensing M, Grol RP, van der Weijden T, van Weel C.** *Interventions to improve the delivery of preventive services in primary care.* Am J Public Health, 1999; 89(5):737–746.
50. **Bastani R, Gallardo N, Maxwell A.** *Barriers to Colorectal Cancer Screening Among Ethnically Diverse High- and Average-Risk Individuals.* Journal of Psychosocial Oncology, 2001; 19(3/4):65-84.
51. **Peleg, Terry L Wahls and Ika.** *Patient- and system-related barriers for the earlier diagnosis of colorectal cancer.* BMC Family Practice, 2009; doi:10.1186/1471-2296-10-65.
52. **Lurie JD, Welch HG.** *Diagnostic testing following fecal occult blood screening in the elderly.* J Natl Cancer Inst., 1999; 91.

53. **Lieberman DA, Weiss DG.** *One-time screening for colorectal cancer with combined fecal occult-blood testing and examination of the distal colon.* N Engl J Med., 2001; 345:555–560.
54. **Winawer SJ, Stewart ET, Zauber AG, et al.** *A comparison of colonoscopy and double-contrast barium enema for surveillance.* National Polyp Study Work Group. N Engl J Med., 2000; 342:1766–1772.
55. **Stone EG, Morton SC, Hulscher ME, Maglione MA, Roth EA, Grimshaw JM, et al.** *Interventions that increase use of adult immunization and cancer screening services: a meta-analysis.* Ann Intern Med, 2002; 36(9):641-51.
56. **Hoffman RM, Stone SN, Herman C, Jung AM, Cotner J, Espey D, et al.** *New Mexico's capacity for increasing the prevalence of colorectal cancer screening with screening colonoscopies.* Prev Chronic Dis, 2005; 2(1).
http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/jan/04_0073.htm. Accessed October 15, 2010.
57. *Screening for colorectal cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement.* s.l. : Ann Intern Med, 2008, Vols. 149(9):627-37.
58. **Pignone M, Bucholtz D, Harris R.** *Patient preferences for colon cancer screening.* s.l. : J Gen Intern Med., 1999; 14:432–437.
59. **Hewitson P, Glasziou P, Watson E, Towler B, Irwig L.** *Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (hemoccult): an update.* Am J Gastroenterol, 2008; 103(6):1541-9.
60. **Mandel JS, Church TR, Bond JH, Ederer F, Geisser MS, Mongin SJ, et al.** *The effect of fecal occult-blood screening on the incidence of colorectal cancer.* N Engl J Med, 2000; 343(22):1603-7.
61. **Atkin WS, Edwards R, Kralj-Hans I, Wooldrage K, Hart AR, Northover JM, et al.** *Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial.* Lancet, 2000; 375(9726):1624-33.
62. **The Advertising Council.** *The Advertising Council and the American Cancer Society launch PSAs to promote early colon cancer detection.* The Advertising Council, 2002, Vol. http://www.adcouncil.org/Press_Release/body_news_camp_012802a.html.
63. **Swan J, Breen N, Coates RJ, Rimer BK, Lee NC.** *Progress in cancer screening practices in the United States: results from the 2000 National Health Interview Survey.* Cancer 2003; 97(6):1528-1540.
64. **Weller D, Coleman D, Robertson R, Butler P, Melia J, Campbell C, Parker R, Patnick J, Moss S.** *The UK colorectal cancer screening pilot: results of the second round of screening in England.* Br J Cancer, 2007; 97(12):1601-1605.

AGRADECIMENTOS

Apresento os meus sinceros agradecimentos a todos os que me auxiliaram na elaboração da minha tese.

Inicialmente, destaco o papel relevante desempenhado pela Professora Luciana Couto, por ter aceite ser minha orientadora e por se mostrar sempre disponível, atenciosa e dialogante face às questões que se levantaram durante este trabalho. Um muito obrigada pela sua colaboração!

Agradeço à minha família, em particular à minha Mãe, que todos os dias me apoia, tem sido uma fonte de incentivo ao longo do curso e, como não podia deixar de ser, neste projeto de opção.

Agradeço também ao meu namorado, um dos melhores amigos que tive a oportunidade de conhecer e que muito me tem apoiado.

Instruções para Autores

[Organização Científica dos Artigos](#)
[Organização Formal dos Artigos](#)
[Submissão de Artigos à Avaliação Editorial](#)
[Tratamento Editorial](#)
[Referências Bibliográficas](#)

Organização Científica dos Artigos

Qualquer artigo submetido para publicação na RPMGF deverá ser preparado de acordo com os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Médicas, redigidos pela Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas^{2,3} e os documentos incluídos na rede EQUATOR (*Enhancing the Quality and Transparency of Health Research*).⁴

A revista publica artigos da iniciativa dos autores e dos editores. Os artigos da iniciativa dos autores são: os artigos de investigação original, as revisões, os relatos de caso, os artigos de prática, os artigos de opinião e debate, os artigos breves e as cartas aos editores. Os editoriais, os documentos, os artigos do Dossier, os POEMs, os textos do Clube de Leitura e os textos do Websaúde são da iniciativa dos editores, embora possam ser aceites submissões da iniciativa dos autores, desde que contactem previamente os editores da RPMGF. Tanto os artigos da iniciativa dos autores como os artigos solicitados pelos editores são sujeitos a um processo de revisão por pares.

Nesta secção apresentam-se os elementos que são comuns a todas as tipologias de artigo e uma descrição dessas diferentes tipologias.

Elementos comuns às diferentes tipologias de artigo

Todos os artigos apresentados à RPMGF deverão ter um **Título**, a descrição dos **Autores**, um corpo de texto e **Referências Bibliográficas**. Na maioria das tipologias será necessário um **Resumo**. No caso de existirem pessoas que tenham feito contributos importantes para o artigo mas que não cumpram os critérios de autoria, poderá ser incluída uma secção denominada **Agradecimentos** que será colocada entre o corpo de texto e as referências bibliográficas. Em determinadas tipologias de artigos poderão ser incluídas ilustrações no corpo de texto. A informação relativa aos conflitos de interesses e financiamento do trabalho deve ser colocada após as referências bibliográficas.

O artigo terá que ter um **Título** e um **Resumo** em português e em inglês. Quando o idioma de publicação é o português, o primeiro resumo será em português e o segundo em inglês. Se o idioma de publicação for o inglês, a ordem será inversa. No caso do idioma de publicação ser o castelhano, o primeiro resumo (*Resumen*) será nesse idioma, havendo então um resumo em português e outro em inglês no final do artigo. Os resumos não deverão exceder as 300 palavras e deverão ser seguidos de duas a seis palavras-chave. Estas palavras-chave deverão ser termos da lista de descritores médicos MeSH,⁵ dos descritores em ciências da saúde (DeCS) da BIREME⁶ ou dos descritores da PORBASE (Índice de Assuntos).⁷ A estrutura do resumo para cada uma das tipologias de artigo será explicitada na secção correspondente.

São permitidos dois tipos de ilustrações: figuras e quadros. As figuras devem ser

numeradas com algarismos árabes e os quadros com numeração romana, pela ordem da sua primeira citação no texto. O texto não deve repetir dados incluídos em ilustrações, limitando-se nesse caso a realçar ou resumir os seus aspectos mais importantes. O número de ilustrações permitidos para cada uma das tipologias será explicitado na secção correspondente.

As **Referências Bibliográficas** devem seguir o formato indicado nas normas internacionais (estilo de Vancouver).⁸

Investigação original

Conteúdo: Consistem em artigos de investigação no âmbito da medicina geral e familiar ou dos cuidados de saúde primários. Deverão seguir as normas internacionalmente aceites para este tipo de artigos.^{2,3} Os autores são encorajados a seguir as normas STROBE⁹ para estudos observacionais, CONSORT¹⁰ para ensaios clínicos, as normas STARD¹¹ para estudos de acuidade diagnóstica, as normas COREQ¹² para estudos qualitativos, as normas SQUIRE¹³ para estudos de garantia e melhoria da qualidade.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 8.000 palavras, sendo admitido o número máximo de 10 ilustrações (quadros ou figuras) por artigo.

Estrutura: Deve incluir **Título, Resumo** e duas a seis **Palavras-chave** em cada uma das línguas necessárias (ver acima). O corpo do artigo deve ser subdividido em: **Introdução, Métodos, Resultados e Discussão**. Poderão ser incluídos **Agradecimentos**. O artigo deve incluir **Referências Bibliográficas**.

Corpo do artigo: A **Introdução** deverá ser sintética. Deve apresentar claramente o problema em questão, resumir o estado actual do conhecimento sobre o tema e referir os motivos que levaram à execução do estudo. Os objectivos e/ou hipóteses formuladas devem ser indicados no final da introdução. Os **Métodos** deverão referir a configuração, local e tempo de duração de estudo, a população estudada, os métodos de amostragem, as unidades de observação e as variáveis medidas, os métodos de recolha de dados, bem como critérios, instrumentos, técnicas e aparelhos utilizados. Deve ser indicada a metodologia estatística. Os **Resultados** deverão ser apresentados de forma clara usando texto e ilustrações (figuras ou quadros). A **Discussão** deverá salientar aspectos novos ou importantes do estudo e apresentar apenas as conclusões justificadas pelos resultados. Deverão ser feitas comparações com estudos idênticos realizados por outros autores e ser comentadas as limitações ou os viéses importantes do estudo. Podem ser sugeridas novas hipóteses de trabalho. Não devem ser feitas afirmações não baseadas no estudo efectuado, nem alusões a trabalhos incompletos ou não publicados. As conclusões do estudo devem ser apresentadas nos últimos parágrafos da discussão.

Resumo: O **Resumo** deve expor os objectivos do trabalho, a metodologia básica, os resultados e conclusões principais e realçar aspectos novos e importantes do estudo ou das observações. É obrigatoriamente estruturado, dividido nos seguintes subtítulos: **Objectivos, Tipo de estudo, Local, População, Métodos, Resultados e Conclusões**. Encorajamos os investigadores a registar prospectivamente os ensaios clínicos num registo público de ensaios. Os ensaios clínicos deverão ter o número de registo no final do resumo.

Relato de Caso

Conteúdo: Consistem em textos descritivos de casos clínicos que sirvam para melhorar a tomada de decisão da investigação diagnóstica ou terapêutica, de aspectos relacionados com a educação ou com as políticas de saúde.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 6.000 palavras, sendo admitido o número máximo de oito ilustrações (quadros ou figuras) por artigo.

Estrutura: Os artigos devem incluir **Título, Resumo** e duas a seis **Palavras-chave** em cada uma das línguas necessárias (ver acima). O corpo de texto é subdividido em: **Introdução, Descrição do caso e Comentário**. Poderão ser incluídos **Agradecimentos**. O artigo deve incluir **Referências Bibliográficas**.

Corpo do artigo: A **Introdução** deve apresentar os motivos que levaram à apresentação do caso clínico de forma sintética e sem fazer uma revisão teórica do problema em questão. A **Descrição do caso** deve ser constituída por uma apresentação do caso clínico propriamente dito, feita de forma estruturada e com recurso a subtítulos, se necessário. O **Comentário** deverá chamar a atenção para os aspectos práticos relevantes, problemas encontrados na prática clínica ou lições a tirar do relato de caso.

Resumo: É obrigatoriamente estruturado, dividido nos seguintes subtítulos: **Introdução**, **Descrição do caso** e **Comentário**.

Revisão

Conteúdo: Consistem em estudos de revisão bibliográfica, trabalhos de síntese ou actualização clínica que possam constituir instrumentos auxiliares de actualização e de aperfeiçoamento da prática clínica. Os autores são encorajados a seguir as normas PRISMA para revisões sistemáticas,¹⁴ MOOSE para meta-análises de estudos observacionais¹⁵ e as recomendações de Riley et al para meta-análises de dados individuais de doentes.¹⁶ Os autores de artigos de revisão baseada na evidência podem considerar úteis as recomendações publicadas na revista American Family Physician.¹⁷

Dimensão: Os estudos de revisão não deverão ultrapassar as 8.000 palavras, sendo admitido o número máximo de 10 ilustrações (quadros ou figuras) por artigo.

Estrutura: Os artigos devem incluir **Título**, **Resumo** e duas a seis **Palavras-chave** em cada uma das línguas necessárias (ver acima). O corpo de texto é subdividido em: **Introdução**, **Métodos**, **Resultados** e **Conclusões**. Poderão ser incluídos **Agradecimentos**. O artigo deve incluir **Referências Bibliográficas**.

Corpo do artigo: A **Introdução** deverá ser sintética. Deve apresentar claramente o problema em questão, referir os motivos que levaram à execução do estudo e discutir a sua oportunidade. A pergunta e o objectivo específico da revisão deverão aparecer claramente formulados no final da introdução. Os **Métodos** deverão descrever a metodologia usada para efectuar o processo de revisão. Devem, nomeadamente, ser indicados o tópico em revisão, definições várias (por exemplo, critérios de diagnóstico), processo utilizado para a pesquisa bibliográfica (período a que diz respeito a revisão, bases de dados electrónicas ou documentais consultadas, descritores utilizados para a pesquisa, pesquisa manual de bibliografias, contacto com peritos na área para identificação de artigos relevantes) e processos e critérios de selecção dos artigos. Os **Resultados** devem ser apresentados de forma estruturada e sistematizada e com recurso a subtítulos, se necessário. Devem incluir os resultados da pesquisa e elementos de argumentação crítica (avaliação de qualidade dos dados, síntese de dados, perspectivas em confronto, identificação de problemas não resolvidos). As **Conclusões** devem fornecer um resumo crítico dos dados relevantes, enfatizar os aspectos práticos, equacionar os problemas que subsistem e propor perspectivas futuras.

Resumo: O **Resumo** deve expor os objectivos do trabalho, a metodologia básica, os resultados e conclusões principais, e realçar aspectos novos e importantes da revisão. É obrigatoriamente estruturado, dividido nos seguintes subtítulos: **Objectivos**, **Fontes de dados**, **Métodos de revisão**, **Resultados** e **Conclusões**. No resumo dos resultados pretende-se a indicação do número e características dos estudos incluídos e excluídos. Podem ser incluídos os achados qualitativos e quantitativos mais relevantes.

Prática

Conteúdo: Consistem em relatórios de avaliação de qualidade ou trabalhos descritivos de experiências ou projectos considerados relevantes para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos doentes em cuidados de saúde primários.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 5.000 palavras, sendo admitido o número máximo de quatro ilustrações (quadros ou figuras) por artigo.

Estrutura: Os artigos devem incluir **Título**, **Resumo** e duas a seis **Palavras-chave** em cada uma das línguas necessárias (ver acima). Não existe estrutura obrigatória do corpo de texto. Poderão ser incluídos **Agradecimentos**. O artigo deve incluir **Referências**

Bibliográficas.

Resumo: Não existe estrutura obrigatória.

Formação

Conteúdo: Consistem em relatos de projectos ou experiências considerados importantes no campo da educação médica pré e pós-graduada no contexto dos cuidados de saúde primários.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 5.000 palavras sendo admitido o número máximo de seis ilustrações (quadros ou figuras) por artigo.

Estrutura: Os artigos devem incluir **Título**, **Resumo** e duas a seis **Palavras-chave** em cada uma das línguas necessárias (ver acima). Não existe estrutura obrigatória do corpo de texto. Poderão ser incluídos **Agradecimentos**. O artigo deve incluir **Referências Bibliográficas**.

Resumo: Não existe estrutura obrigatória.

Opinião e Debate

Conteúdo: Consistem em textos de opinião livre susceptíveis de fomentar a reflexão e a discussão sobre temas de interesse para a medicina geral e familiar.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 4.000 palavras sendo admitido o número máximo de seis ilustrações (quadros ou figuras) por artigo.

Estrutura: Os artigos devem incluir **Título**, **Resumo** e duas a seis **Palavras-chave** em cada uma das línguas necessárias (ver acima). Não existe estrutura obrigatória do corpo de texto. Poderão ser incluídos **Agradecimentos**. O artigo deve incluir **Referências Bibliográficas**.

Resumo: Não existe estrutura obrigatória.

Artigo Breve

Conteúdo: Consistem em textos de pequena dimensão como, por exemplo, estudos originais curtos ou de divulgação de resultados preliminares, apontamentos sobre casos clínicos, ou pequenos estudos de séries.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 3.000 palavras, sendo admitido o número máximo de quatro ilustrações (quadros ou figuras) por artigo.

Estrutura: Os artigos devem incluir **Título**, **Resumo** e duas a seis **Palavras-chave** em cada uma das línguas necessárias (ver acima). Não existe estrutura obrigatória do corpo de texto. Poderão ser incluídos **Agradecimentos**. O artigo deve incluir **Referências Bibliográficas**.

Resumo: Não existe estrutura obrigatória.

Carta ao Director

Conteúdo: Consistem em comentários a artigos publicados previamente na revista ou notas breves sobre experiências relevantes na prática diária. As cartas referentes a artigos só serão aceites até três meses após a publicação do artigo original.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 750 palavras, sendo admitida até uma ilustração (quadro ou figura) e até 5 referências bibliográficas.

Estrutura: Não existe estrutura obrigatória. O artigo pode incluir **Referências Bibliográficas**.

Resumo: Não há resumo.

Editorial

Da iniciativa do Conselho Editorial. Não deverão ultrapassar 1.200 palavras nem mais do que 15 referências. Serão admitidas até 2 ilustrações (quadros ou figuras).

Documentos

Conteúdo: Consistem em declarações, recomendações ou outros documentos de âmbito nacional ou internacional que sejam relevantes para a medicina geral e familiar.

Dossier

Conteúdo: O Dossier reúne artigos referentes a um tema comum. O objectivo do dossier é a divulgação de trabalhos de actualização científica e de temas de revisão elaborados por peritos. Os artigos do dossier serão solicitados pelos Editores da RPMGF ou por um perito designado pelo Conselho Editorial como elemento coordenador.

Dimensão: Os artigos do dossier não deverão ultrapassar as 6.000 palavras, sendo admitido o número máximo de 8 ilustrações (quadros ou figuras) por artigo.

Estrutura: Os artigos devem incluir **Título**, **Resumo** e duas a seis **Palavras-chave** em cada uma das línguas necessárias (ver acima). Não existe estrutura obrigatória do corpo de texto. Poderão ser incluídos **Agradecimentos**. O artigo deve incluir **Referências Bibliográficas**.

Resumo: Não existe estrutura obrigatória.

POEM

Conteúdo: Nesta secção comentam-se POEMs (*Patient-Oriented Evidence that Matters*), aos quais é atribuído um nível de evidência de acordo com o *Oxford Centre for Evidence Based Medicine*.¹⁸ Os conceitos relacionados com os POEMs já foram extensamente revistos.^{19,20}

Dimensão: Os comentários não deverão ultrapassar as 1.000 palavras. Não haverá lugar a ilustrações.

Estrutura: Os artigos devem incluir um **Título** apelativo em estilo jornalístico, a **Referência Bibliográfica**, a **Questão Clínica**, o **Resumo do Estudo** e o **Comentário**. O título nas restantes línguas necessárias (ver acima) será publicado apenas na edição online da RPMGF.

Clube de Leitura

Conteúdo: O objectivo da secção é proporcionar uma leitura comentada de artigos, livros ou outros textos procedentes de outras publicações científicas. O artigo ou publicação escolhida deve ser actual (editado nos últimos 3 meses) e relevante para a prática clínica da medicina geral e familiar.

Dimensão: Não deverá ultrapassar as 1.300 palavras. Não haverá lugar a ilustrações.

Estrutura: Os textos devem incluir um **Título** apelativo em estilo jornalístico, a(s) **Citação(ões)** do(s) artigo(s) que deram origem ao texto, o resumo do estudo (que manterá a estrutura do artigo original), o **Comentário** e as **Referências Bibliográficas**. No comentário, o autor deverá expor a sua opinião sobre a importância do artigo e apresentar alguns dados da sua experiência ou de outros estudos que apoiem ou não as conclusões do artigo comentado. O título nas restantes línguas necessárias (ver acima) será publicado apenas na edição online da RPMGF.

Websaúde

Conteúdo: Tem como objectivo a divulgação de sítios da Internet relevantes para a medicina geral e familiar. Existem recursos disponíveis para ajudar na avaliação crítica da informação de saúde disponibilizada na internet.²¹

Dimensão: O texto não deverá ultrapassar as 350 palavras. Haverá lugar a uma ilustração por cada sítio na internet referido até a um máximo de 3 ilustrações por texto.

Estrutura: Deve incluir um **Título** e a **Referência Bibliográfica** ao sítio na internet. O corpo de texto deverá incluir informação relativa aos recursos disponíveis no sítio da internet, nomear a entidade responsável pelos conteúdos e deverá incluir uma descrição de como o autor utiliza o sítio na sua prática de médico de família. O título nas restantes línguas necessárias (ver acima) será publicado apenas na edição online da RPMGF.

Síntese

Tipo de artigo	Estrutura resumo	Estrutura corpo de texto	Dimensão (palavras)	Ilustrações
Investigação original	Objectivos, tipo de estudo, local, população, métodos, resultados e conclusões	Título*, Resumo*, Palavras-chave*, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, [Agradecimentos] e Referências Bibliográficas	8.000	≤10
Relato de caso	Introdução, Descrição do caso e Comentário	Título*, Resumo*, Palavras-chave*, Introdução, Descrição de caso, Comentário, [Agradecimentos] e Referências Bibliográficas	6.000	≤8
Revisão	Objectivos, Fontes de dados, Métodos de revisão, Resultados e Conclusões	Título*, Resumo*, Palavras-chave*, Introdução, Métodos, Resultados, Conclusões, [Agradecimentos] e Referências Bibliográficas	8.000	≤10
Prática	Não existe estrutura obrigatória	Título*, Resumo*, Palavras-chave*, [corpo de texto], [Agradecimentos] e Referências Bibliográficas	5.000	≤4
Formação	Não existe estrutura obrigatória	Título*, Resumo*, Palavras-chave*, [corpo de texto], [Agradecimentos] e Referências Bibliográficas	5.000	≤6

Opinião e debate	Não existe estrutura obrigatória	Título*, Resumo*, Palavras-chave*,[corpo de texto], [Agradecimentos] e Referências Bibliográficas	4.000	≤4
Artigo breve	Não existe estrutura obrigatória	Título*, Resumo*, Palavras-chave*,[corpo de texto], [Agradecimentos] e Referências Bibliográficas	3.000	≤4
Carta ao director	Sem resumo	[corpo de texto]	750	≤1
Editorial	Sem resumo	[corpo de texto]	1.200	≤2
Dossier	Não existe estrutura obrigatória	Título*, Resumo*, Palavras-chave*,[corpo de texto], [Agradecimentos] e Referências Bibliográficas	6.000	≤8
POEM	Sem resumo	Título*, Referência Bibliográfica, Questão Clínica, Resumo do Estudo, Comentário	1.000	0
Clube de Leitura	Sem resumo	Título*, Citação, [corpo do texto de acordo com a estrutura do artigo original], Comentário, Referências Bibliográficas	1.300	0
WebSaúde	Sem resumo	Título*, Referência Bibliográfica, [corpo do texto], Comentário	350	≤3

* Nas línguas necessárias (ver secção "Elementos comuns às diferentes tipologias de artigo").

Organização Formal dos Artigos

Formatação dos ficheiros electrónicos submetidos

Os artigos devem ser dactilografados em qualquer processador de texto e gravados num dos seguintes formatos: Microsoft Word, RTF ou Open Office. As páginas devem ser numeradas.

Primeira página

Deverá incluir apenas:

1. O título do artigo, que deverá ser conciso.
2. O nome do autor ou autores (devem usar-se apenas dois ou três nomes por autor).
3. O grau, título ou títulos profissionais e/ou académicos do autor ou autores.
4. O serviço, departamento ou instituição onde trabalha(m).

Segunda página

Deverá incluir apenas:

1. O nome, telefone/fax, endereço de correio electrónico e endereço postal do autor responsável pela correspondência com a revista acerca do manuscrito.
2. O nome, endereço de correio electrónico e endereço postal do autor a quem deve ser dirigida a correspondência sobre o artigo após a sua publicação na revista.

Terceira página

Deverá incluir apenas:

1. Título do artigo nas línguas necessárias.
2. Resumo do artigo nas línguas necessárias. O resumo deve respeitar as normas indicadas para o tipo de artigo em questão e tornar possível a compreensão do artigo sem que haja necessidade de o ler.
3. De duas a seis palavras-chave nas línguas necessárias usando, sempre que existirem, termos da lista de descritores médicos MeSH,⁵ dos descritores em ciências da saúde (DeCS) da BIREME⁶ ou dos descritores da PORBASE (Índice de Assuntos).⁷
4. Indicação da tipologia do artigo (a que secção da revista se destina).

Páginas seguintes

As páginas seguintes incluirão o texto do artigo, devendo cada uma das secções em que este se subdivide começar no início de uma página.

Primeira página a seguir ao texto do artigo

Deverá incluir o capítulo Agradecimentos, quando este exista.

Primeira página a seguir aos Agradecimentos

Deverá conter o início do capítulo Referências Bibliográficas.

Primeira página a seguir a Referências bibliográficas

Deverá conter a informação relativa aos conflitos de interesses dos autores e ao financiamento do estudo (de acordo com a informação prestada nos anexos I e II).

Páginas seguintes

Deverão incluir as ilustrações. Estas devem ser enviadas cada uma em sua folha com indicação do respectivo número (algarismo árabe ou numeração romana) e legenda. Os quadros, com numeração romana, deverão sempre incluir um título curto. Poderão incluir em rodapé notas explicativas consideradas necessárias e assinaladas utilizando os símbolos indicados nas normas de Vancouver.^{2,3} Gráficos, diagramas, gravuras e fotografias (figuras) deverão ser apresentados com qualidade que permita a sua reprodução directa e numerados com algarismos árabes. Não devem ser utilizados gráficos tridimensionais. As figuras em formato digital devem ser enviadas como ficheiros separados e não dentro do documento de texto. São aceites os formatos JPEG, TIF e EPS, preferencialmente com uma resolução de 300 pontos por polegada (dpi) ou superior. As figuras em suporte de papel ou filme (diapositivos) deverão ter boa qualidade e ser devidamente identificadas (algarismos árabes) com etiqueta autocolante no verso ou na margem. Dá-se preferência a imagens em formato digital, desde que essa opção não comprometa a qualidade das mesmas. No caso de se tratar de fotografias de pessoas ou de fotografias já publicadas, proceder de acordo com as normas de Vancouver.^{2,3}

Normas de estilo

O uso de abreviaturas e símbolos, bem como as unidades de medida, devem estar de acordo com as normas internacionalmente aceites.^{2,3}

1. Devem-se usar maiúsculas apenas nas seguintes situações:
 - a. no título e nas principais secções do trabalho;
 - b. no início do subtítulo (caso exista);
 - c. na primeira palavra de todos os períodos;
 - d. nas palavras principais de capítulos, subcapítulos, secções e subsecções;
 - e. nas palavras dos títulos das figuras e quadros;
 - f. em nomes de escalas e instrumentos de medida;
 - g. em substantivos determinados por numeral ou letra e,
 - h. em nomes de cadeiras ou disciplinas académicas.
2. Usar sempre o nome farmacológico. Pode, se justificado, incluir-se o nome comercial em parênteses, após a primeira referência ao fármaco no texto.
3. Escrever por extenso algarismos menores que 10. As excepções são: quando se fazem comparações com números iguais ou superiores a 10, se utilizam unidades de medida, para representar funções matemáticas, quantidades fraccionais, percentagens e razões. Nunca iniciar uma frase com um algarismo.
4. Usar sempre algarismos para designar tempo, data, idade, amostra e população, tamanho, resultados, dosagens, percentagens, graus de temperatura, medidas métricas e pontos numa escala.
5. Por regra, não usar abreviaturas fora de parênteses. A excepção são as abreviaturas utilizadas pelos sistemas de medidas (por exemplo, kg).
6. Os acrónimos só devem ser utilizados se fazem parte da linguagem corrente (por exemplo, OMS) ou para designar uma sigla ou uma expressão técnica que vai ser utilizada repetidamente (por exemplo, DPOC). Neste caso, o seu uso deve ser apresentado entre parênteses, depois da expressão original, na primeira vez que é utilizado no texto.
7. Devem-se evitar estrangeirismos, sempre que possível.
8. Não usar sublinhados.
9. Usar negrito apenas em títulos.
10. Usar itálico apenas nas seguintes situações: referências bibliográficas, palavras estrangeiras e nomes técnicos das classificações científicas.
11. Os símbolos estatísticos (por exemplo, t, r, M, DP, p) devem ser escritos em itálico, com excepção dos símbolos em grego.
12. A indicação da casa decimal deve fazer-se através de uma vírgula e não de um ponto final.
13. No texto, os números decimais devem ser apresentados apenas com até duas casas e com arredondamento, a não ser em casos excepcionais em que tal se justifique.
14. Os operadores aritméticos e lógicos, tais como +, -, =, <, e >, levam espaço antes e depois.

Referências bibliográficas

As **Referências Bibliográficas** devem ser assinaladas no texto com algarismos árabes em elevado, pela ordem de primeira citação e incluídas neste capítulo, utilizando exactamente a mesma ordem de citação no texto. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus. A Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar é referenciada usando a abreviatura Rev Port Clin Geral. O numeral da referência deverá ser colocado após a pontuação (ponto, vírgula, etc.).

Exemplos:

(...) como é o caso das listas de distribuição.⁵

Estudos mais recentes, efectuados por Di-Franza e colaboradores,⁷ mostram que as crianças se tornam dependentes da nicotina mais facilmente do que os adultos.

Se após uma frase houver lugar à citação de mais do que uma referência estas deverão ser separadas por vírgulas excepto se forem sequenciais; nessa circunstância serão separadas por hífen.

Exemplos:

(...) sendo a prevalência maior nesse grupo etário;^{9,15,21}
(...) comparativamente a esses estudos;⁶⁻⁹
(...) tabaco a menores de 18 anos e a de regulamentar a venda de tabaco através de máquinas automáticas.^{4, 7-9}

As referências a documentação legal deverão ser concisas mas, ao mesmo tempo, completas, incluindo informação sobre o tipo de diploma e seu número e data, o local onde foi publicado e as páginas.

Exemplo:

Decreto-Lei nº 114/92, de 4 de Junho. «Diário da República - Série A. p. 2711.

Submissão de Artigos à Avaliação Editorial

Os documentos devem ser enviados por **correio electrónico** para: secretariado@rpmgf.pt. Se os ficheiros forem demasiado extensos para serem enviados por correio electrónico deverão ser enviados em suporte físico digital (CD-ROM ou outros) para: Director da Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, Av. da República, 97-1º 1050-190 Lisboa.
Os documentos a enviar incluem:

O original do artigo incluindo ilustrações, gravado em suporte electrónico (CD-ROM) ou em ficheiro(s) anexo(s) à mensagem de correio electrónico nos formatos Microsoft Word, RTF ou Open Office (texto, tabelas e diagramas) e JPEG, TIF ou EPS (ilustrações).

O formulário constante do Anexo 1 preenchido por cada um dos autores. Para além da cópia em formato electrónico, o original deste documento deverá ser sempre enviado por correio postal.

O formulário constante do Anexo 2 preenchido pelo autor correspondente.

Uma declaração de autorização assinada por cada pessoa mencionada nos agradecimentos (Anexo 3).

Tratando-se de um estudo original, a declaração de conduta ética (Anexo 4) preenchida pelo autor correspondente.

Tratando-se de um relato de caso, declaração de consentimento informado assinada pelo doente que motivou o relato de caso (Anexo 5).

Havendo fotografia de doente(s), declaração de consentimento informado assinada pelo doente fotografado (Anexo 5).

Cópias de quaisquer autorizações para reproduzir material já publicado, para utilizar figuras ou relatar informação pessoal sensível de pessoas identificáveis.

Lista de verificação anexa, devidamente preenchida (Anexo 6).

Tratamento Editorial

Os textos recebidos são identificados por um número comunicado aos autores, que deve ser referido em toda a correspondência com a revista. Será considerada como data de recebimento do artigo o dia de recebimento da versão electrónica ou o dia de chegada por correio postal, caso seja anterior.

Após análise da tipologia do artigo, os textos são submetidos a um processo de validação administrativa. Os artigos que não obedeçam à organização científica e à organização formal expostas nestas normas não serão apresentadas ao Conselho Editorial. O processo de devolução será automático. Os textos que estejam de acordo

com as normas serão distribuídos a um editor responsável. Esse editor fará uma apreciação sumária e apresentará o artigo em reunião do Conselho Editorial. Os artigos que não estejam relacionados com a missão da revista (o desenvolvimento da especialidade de medicina geral e familiar ou a melhoria dos cuidados de saúde primários) serão recusados.

Os artigos que estejam de acordo com as normas e que se enquadrem na missão da revista entrarão num processo de revisão por pares. Aos revisores, será pedida a apreciação crítica de artigos submetidos para publicação. Essa avaliação incluirá as seguintes áreas: actualidade, fiabilidade científica, importância clínica e interesse para publicação do texto. De forma a garantir a isenção e imparcialidade na avaliação, os artigos serão enviados aos revisores sem a identificação dos respectivos autores e cada artigo será apreciado por dois ou mais revisores. Caso exista divergência de apreciação entre revisores, os editores poderão convidar um terceiro revisor. A decisão final sobre a publicação será tomada pelos editores com base nos pareceres dos revisores. As diferentes apreciações dos revisores serão sintetizadas pelo editor responsável e comunicadas aos autores. Os autores não terão conhecimento da identidade ou afiliação dos revisores ou do editor responsável.

A decisão de publicação pode ser no sentido da recusa, da publicação sem alterações ou da publicação após modificações. Neste último grupo, os artigos, após a realização das modificações propostas, serão reapreciados pelos revisores originais do artigo. Desta reapreciação resultará uma apreciação final por parte do editor responsável e a decisão de recusa ou de publicação sem alterações. Os autores de artigos aprovados para publicação serão informados da data provável de publicação.

Referências Bibliográficas

1. Conselho Editorial da Revista Portuguesa de Clínica Geral. Normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Clínica Geral. Rev Port Clin Geral 2009; 25: 130-144.
2. Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos uniformes para manuscritos submetidos a revistas biomédicas: escrever e editar para publicação biomédica. Montenegro M, tradutor, Sousa JC, tradutor. Rev Port Clin Geral 2007;23:778-98.
3. International Committee of Medical Journal Editors [página na Internet]. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication [acedido em 20/05/2010]. Disponível em: <http://www.icmje.org>
4. The EQUATOR Network. Enhancing the Quality and Transparency of Health Research [página na Internet]. Oxford: Minervation Ltd; [acedido em 20/05/2010]. Disponível em: <http://www.equator-network.org/>
5. US National Library Medicine. Medical Subject Headings[página na Internet]. Bethesda: National Library Medicine; [actualizado em 2008/12/18; acedido em 20/05/2010]. Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>
6. BIREME. Descritores em ciências da saúde (DeCS) [página na Internet]. São Paulo: Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde; [acedido em 20/05/2010]. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>
7. Biblioteca Nacional. Porbase - Base Nacional de Dados Bibliográficos [página na Internet]. Lisboa: Biblioteca Nacional; [actualizado em 27/06/2007; acedido em 20/05/2010]. Disponível em: <http://www.porbase.org/projectos/terminologias-clip.html>
8. Patrias, K. Citing medicine: the NLM style guide for authors, editors, and publishers [Internet]. 2nd ed. Wendling, DL, technical editor. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2007 [actualizado em 21/10/2009; acedido em 20/05/2010]. Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>
9. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. J Clin Epidemiol. 2008 Apr;61(4):344-9.
10. Schulz KF, Altman DG, Moher D, for the CONSORT Group. CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. BMJ 2010;340: c332-c332
11. Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CA, Glasziou PP, Irwig LM, Lijmer JG, Moher D, Rennie D, de Vet HCW, the STARD Group. Towards Complete and Accurate Reporting of Studies of Diagnostic Accuracy: The STARD Initiative. Clinical Chemistry

2003;49:1-6.

12. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007 Dec;19(6):349-57.
13. Davidoff F, Batalden P, Stevens D, Ogrinc G, Mooney S. Publication Guidelines for Quality Improvement Studies in Health Care: Evolution of the SQUIRE Project. *J Gen Intern Med* 2008 Oct 2.
14. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Clin Epidemiol* 2009; 62(10):1006-12.
15. Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, Olkin I, Williamson GD, Rennie D, Moher D, Becker BJ, Sipe TA, Thacker SB, the Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology Group. Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology: A proposal for reporting. *JAMA* 2000;283:2008-12.
16. Riley RD, Lambert PC, Ho-Zaid G. Meta-analysis of individual participant data: rationale, conduct, and reporting. *BMJ* 2010;340:c221
17. Siwek J, Gourlay ML, Slawson DC, Shaughnessy AF. How to write an evidence-based clinical review article. *Am Fam Physician*. 2002 Jan 15;65(2):251-8.
18. Phillips B, Ball C, Sackett D, Badenoch D, Straus S, Haynes B, Dawes M, Howick J. Levels of Evidence [página na Internet]. Oxford: Centre for Evidence-based Medicine; [atualizado em Março 2009; acessado em 20/05/2010]. Disponível em: <http://www.cebm.net/?o=1025>
19. Sanchez JP. Simplesmente POEMs. *Rev Port Clin Geral* 2005 Nov-Dez; 21(6): 631-4.
20. Mateus M, Sanchez JP. POEMs: glossário e níveis de evidência. *Rev Port Clin Geral* 2006;22:400-4.
21. Charnock D, editor. The DISCERN handbook - Quality criteria for consumer health information on treatment choices. 1st Ed. Oxford: Raddcliffe Medical Press Ltd; 1998.